Current Issue Review

79-24E

Medicare in Canada

Garth McNaughton
Political and Social Affairs Division
Research Branch

18 September 1979
Reviewed 15 May 1987

Library of Parliament
Bibliothèque du Parlement

Research Branch

88-00899

The Research Branch of the Library of Parliament works exclusively for Parliament, conducting research and providing information for Committees and Members of the Senate and the House of Commons. This service is extended without partisan bias in such forms as Reports, Background Papers and Issue Reviews. Research Officers in the Branch are also available for personal consultations in their respective fields of expertise.

© Minister of Supply and Services Canada 1987

Cat. No. YM32-1/79-24-1987E

ISBN 0-660-12585-4

N.B. Any substantive changes in this Review which have been made since the preceding issue are indicated in **bold print.**

CE DOCUMENT EST AUSSI PUBLIÉ EN FRANÇAIS

CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

MEDICARE IN CANADA

ISSUE DEFINITION

Although the Constitution Act, 1867 gives the provinces responsibility for health services, the federal government became involved in this field by providing conditional grants to upgrade and maintain the levels of health care in all parts of Canada. Under the Medical Care Act, federal funds were made available for provincial health insurance programs if certain criteria were met: comprehensive coverage, universality, portability, non-profit administration. Concern has been voiced about rising costs, accessibility of medical services and adherence to the principles of the Medical Care Act. Universal access to services has appeared to be threatened by the number of physicians who have opted out of provincial plans or who have adopted the practice of extra-billing and by the application in some provinces of hospital user fees. On the other hand, it has been asserted that co-payment mechanisms have been made necessary by rising costs and underfunding of the system. The debate on the erosion of medicare has involved issues concerning jurisdiction, the extent of federal funding and the practices of opting out, extra-billing and charging hospital deterrent fees. This debate has been heightened by the withholding of federal grants from those provinces which continue to permit extra-billing and user fees after the passing of the Canada Health Act in 1984.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

BACKGROUND AND ANALYSIS

A. A Federal Medicare Scheme

Canada's national health insurance system -- medicare -- was achieved in two stages. In 1957 the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act provided for the cost of provincially operated hospital insurance plans to be shared by the federal government. The Medical Care Act in 1966 extended federal cost-sharing to provincial plans insuring doctors' services.

One of the key issues in the formulation of a national system was the question of jurisdiction. In Canada, health matters in general fall within provincial jurisdiction. Furthermore, it had been decided at the highest court level that the power to levy a direct premium on residents in a matter pertaining to health and welfare came under the jurisdiction of the provinces. Therefore, barring constitutional amendment, any program of national health insurance could be implemented only through programs administered by the provinces.

The federal government, however, was able to become involved through the avenue of funding. In 1957 the mechanism of providing conditional grants to the provinces was used for hospital insurance. After the establishment of this program, pressure mounted for the introduction of a comparable medical insurance plan. The Royal Commission on Health Services (the Hall Commission) in 1964 recommended such a universal medical insurance program. The Commission's recommendations were largely followed in the medicare plan subsequently established. The program allowed for federal funding provided that the provinces met certain conditions. These conditions - the 'five principles' of Canada's health insurance plan - are comprehensiveness, accessibility, universality, portability and public administration. Thus, provincial plans must have the following characteristics:

(1) Comprehensive coverage for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusion except on the grounds that the services are not medically required.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

(2) Uninhibited access to necessary services requires that the benefit coverage be administered in such a way that there will be no impediment or preclusion through financial charges or otherwise to an insured person receiving necessary medical care.

(3) Universal availability to all eligible residents of a participating province on uniform terms and conditions and covering, in addition, at least 95% of the total eligible population.

(4) Portability of benefits when the beneficiary is temporarily absent from his province and when he is moving from one participating province to another.

(5) Administration on a non-profit basis by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

The Medical Care Act passed in December 1966 specifically outlined these criteria. Any province with a medical care plan which met the basic points was eligible for a federal contribution, which was based on 50% of the national coverage per capita cost of the insured services of the national program times the average for the year of the number of insured persons in the provinces. On the inaugural date of 1 July 1968 only two provinces, Saskatchewan and British Columbia, qualified. The others followed and by April 1972 all the provinces and territories had joined.

Medicare has benefited Canadians in general. It has been especially helpful to the poor since there is a relationship between low income and poor health. But Medicare has also enabled the medical profession to avoid "bad debts" and to receive their fees on a regular and reliable basis.

However, health care funding is failing to meet rising costs. The growing reliance on hospital care, diagnostic tests and sophisticated technology has increased health care expenditures. At the same time, the aging of the Canadian population requires the expansion of facilities. **The impact of AIDS on health care costs is just beginning to be contemplated.** Alternatives to the present health care model have been suggested, including more extensive use of the nursing profession to

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

provide more cost-effective health care, homecare services and community health centres. Some health care reformers are proposing the adoption of U.S.-style Health Maintenance Organizations (HMOs) that provide care for a flat annual fee per patient, as a means to curb escalating costs in Canada. The Toronto General Hospital has approached Ontario Health Minister Murray Elston about setting up Canada's first HMO.

B. Federal Contributions to Health Care

The original financing arrangements for both hospital and medical insurance presented problems for both the federal and provincial governments. Concern about the open-ended nature of health cost sharing agreements was voiced federally, while the Provinces complained about the lack of flexibility in allocating their resources. At the June 1976 First Ministers' Conference, the Prime Minister tabled a block-funding proposal regarding major shared-cost programs in health and post-secondary education. It eliminated the 50-50 cost sharing formula, calculated federal payments independently of provincial expenditures and required provinces to spend the funds in the fields in question but not necessarily to make matching expenditures.

This proposal led to the passage in 1977 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act. Commencing 1 April 1977 federal contributions to the established programs of hospital insurance, medical care and post-secondary education would no longer be directly related to provincial costs, but would take the form of a transfer of tax points to the provinces and a three-part cash payment. This legislation also amended the Medical Care Act by adding subsection 6(4) requiring a province as a condition of payment to supply information to show that its plan satisfies the criteria described in the original Act. In addition to withholding payments, the federal government could also give three years' notice of its intention to terminate the payments and a new arrangement would be negotiated.

The Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements supported the retention of the block-funding approach. It recommended a two-stage process whereby the present Fiscal Arrangements Act

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

would be renewed. Intergovernmental consultations on program conditions and measurement criteria would follow. A consolidation of the existing legislation including clearly defined conditions would conclude this process. The Task Force agreed that federal payments should be "conditional on compliance with program criteria, but conditional in a flexible manner - that is, with a graduated holdback of the federal transfer related to the extent of achievement of program conditions."

In his November 1981 Budget, the federal Finance Minister announced his plan to cut $5.7 billion from federal transfers to the provinces in the next five years for social programs, including medicare and post-secondary education.

In the autumn of 1985, the Nielsen Task Force (Ministerial Task Force on Program Review) reported that it disagreed with the federal government's announced intention of reducing the amount of transfer payments to the provinces by an additional $6 billion by 1990. It also criticized Ottawa for the unilateral division of Established Program Financing into separate health and post-secondary education components in 1984, saying that the federal initiative was inconsistent with the concept of "block funding." The Task Force expressed concern that federal efforts to reduce transfer payments "could substantially reduce its role in Canada's health care system." The percentage of federal government contributions to provincial health programs is currently at approximately 40%. There has been a gradual diminution in the proportion of total health care expenditures financed by the federal government since 1979-80.

C. Additional Charges (Extra-Billing)

Because physicians are private practitioners, not civil servants, it has been necessary in introducing universal medical insurance to strike a balance between government control and private enterprise. The first province to introduce a medicare scheme, Saskatchewan, discovered this when its new legislation was greeted by a 23-day physicians' strike in 1962. Finally, concessions were made regarding the relationship between doctors and the government, and part of the settlement involved the use of

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

private insurance companies to process claims, thus allowing doctors to practise without direct contact with the government insurance commission.

Remuneration of doctors is predominantly on a "fee-for-service" basis. Prior to medicare, provincial medical associations established fee schedules which were frequently used as a basis for payment by government and private insurance arrangements. Because payment from such plans was assured, doctors were generally willing to accept a prorated payment since the medical association schedule included an allowance for bad debts, repeated billings, bookkeeping costs and collection charges. A similar approach was taken after the Medical Care Act was passed; payment schedules of the plans are negotiated with the medical profession and represent a level of payment that most doctors will accept.

Mr. Justice Emmett Hall in his Health Services Review '79 found that extra-billing denies access to many of the poorer elements of society and violates the essential principle of accessibility to all. The Canadian Medical Association, on the other hand, supports the right to charge such fees to "offset the underfunding" of health care. A majority of the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements concurred with the recommendations of Mr. Justice Hall to prohibit extra-billing and with the proposal for binding arbitration when negotiations between physicians and the province fail.

Rising office expenses and the desire to maintain a high income led many physicians to charge their patients more than the fees set up by the provincial health commissions. Although medical profession officials have argued that extra-billing is applied only to those who can afford it, several studies have indicated that this is not so. A study for the Canadian Centre for Policy Alternatives found that up to 93% of some medical specialists in Alberta extra-bill, and that they sometimes do so for all patients (including those on welfare).(1) In December 1984, the National Anti-Poverty Organization (NAPO) released a report providing case histories of low-income people who have been adversely affected by extra-billing, user fees and health care premiums. The report suggests that poor

---

(1) Richard Plain, "Charging the Sick: Observations on the Economic Aspects of Medical Social Policy Reforms," CCPA, November 1982.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

people often avoid necessary medical treatment if they know or think that their doctor extra-bills. The NAPO report mentioned a recent Gallup Poll which found that 79% of Canadians are opposed to extra-billing, and used this with their own study to call on governments to eliminate direct health care charges.

D. Deterrent Fees or User Fees

Hospital user charges have been permitted in Canada provided that they do not affect "reasonable access" to services. Advocates of such charges feel that they are necessary to ensure patient responsibility in seeking medical aid and lessen the number of visits for minor or unnecessary treatment. Those who oppose deterrent fees call it a regressive tax since one is taxing the ill rather than spreading the cost among all taxpayers.

The Ontario Economic Council found that deterrent fees neither deter people from using health services, nor reduce the costs of such services, and that the introduction of deterrent fees only provides more money to the provincial treasury, doctors and insurance companies. Deterrence would occur only if the cost were excessively high, and then, many individuals would turn to private insurance plans. In 1979 the Ontario Council of Health issued a report which indicated that user charges for medical services result in some reduction in utilization and that the groups most affected are the socially disadvantaged, the poor and the elderly. There was no evidence that user charges would result in a substantial decline in the unnecessary use of hospital and medical services.

The Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements stated that "user charges that are high enough to serve as deterrent fees deter the wrong people (the old and the poor, for the most part), while user charges that are low enough to be acceptable on distributional grounds are too low to be worth collecting - administrative costs more than match any revenue gains." Between 1958 and 1978, hospital user charges were in effect in five provinces. By 1980 Newfoundland, New Brunswick, Alberta and British Columbia allowed user fees while in Ontario and Quebec some charges were made for chronic care.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Provincial health ministers continue to look for ways to reduce hospital costs and health expenditures. For example, in September 1984, Alberta Hospitals Minister Dave Russell announced that hospitals will be permitted to keep whatever surplus is left over from provincial operating grants at the end of the year as an incentive to efficient operation.

E. Federal Initiatives

In Health Services Review '79, Mr. Justice Emmett Hall recommended prohibition of extra-billing and the use of binding arbitration in cases where physicians and a province could not agree on fees. In its report Fiscal Federalism in Canada, the Task Force on Fiscal Arrangements recommended retention of the block-funding arrangement, stricter monitoring of adherence to the principles of medicare, the graduated holdback of funds where standards are not maintained and abolition of premiums and user fees.

On 25 July 1983 the Minister released a document Preserving Universal Medicare: A Government of Canada Position Paper which stated that "medicare is being eroded by the spread of direct charges in the form of user charges and extra-billing." It refuted charges of under-funding and denied that the cost of health care is excessive or that Canada's health care spending is "out of control."

On 12 December 1983, the Canada Health Act (Bill C-3) was introduced in the House of Commons. It declared an objective of the national health care policy to be the facilitation of access to services without undue financial barriers (s. 3). The purpose of the Act as set out in section 4 is to advance policy objectives "by establishing criteria and conditions that must be met before full payment may be made under the Act of 1977 in respect of insured health services .... provided under provincial law."

For a province to qualify for a full cash contribution, no payments are permitted under the provincial insurance plan for insured services that have been subject to extra-billing and user charges other than those prescribed by the regulations. Where a province fails to comply with these provisions, the amounts charged for a fiscal year through extra-billing or user charges shall be deducted from the cash contribution

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

to the province for a fiscal year. Where extra-billing or user charges are eliminated during the three fiscal years following the coming into force of the Act, the amounts deducted are to be returned to the province (s. 20).

In April 1984, Bill C-3 became law. By July 1984, the federal government began penalizing provinces which continued extra-billing and hospital user fees. For every $1 the provinces received in extra-billing, $1 of federal health grants were withheld. Those provinces ending extra-billing within three years could recover the lost grants in 1987.

After the Conservatives came into power in September 1984, the new Health Minister Jake Epp reaffirmed his commitment to abolishing extra-billing and user fees. Yet he adopted a more conciliatory approach than his predecessor and vowed not to interfere with provincial jurisdictions or tell provincial ministers how to run their medicare plans. What the federal government will do should provinces allow physicians to evade extra-billing laws by charging for uninsured services (as may be the case in Ontario) is an open question.

Health and Welfare Canada commissioned studies in 1984 to investigate the possibility of privatizing parts of the health care system. The Sherman Report concluded in 1985 that the system as it exists now works well and costs would likely rise if significant segments of the health care system were privatized. The other report, by health economist Greg Stoddart, pointed out that the debate over the merits and demerits of privatization is not enlightening or productive. The real problem, he pointed out, is the separation of clinical decision-making authority over utilization of the health care system from the financial responsibility of paying for the levels of service that result from those clinical decisions.

In November 1986, Health Minister Epp presented a discussion document entitled Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion that proposes options for encouraging Canadians to take charge of their own well-being. The document was published by the Minister to initiate a nation-wide consultation exercise on developing new approaches to health promotion.

F. Some Provincial Initiatives

Several provincial health ministers have questioned the degree of federal intervention in health care. The provincial health

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

ministers met in September 1983 and agreed that it was not necessary to ban extra-billing and user fees to preserve medicare principles and that federal contributions to the medicare system were not keeping pace with rising health costs and had fallen below the intended 50%.

Quebec, Newfoundland, Nova Scotia and Prince Edward Island were the only four provinces to avoid penalties because they banned extra-billing and user fees before the Canada Health Act. By March 1987, New Brunswick and British Columbia, the last two provinces paying financial penalties for not complying fully with the Canada Health Act, announced that they would fall in line with the law. Their statement came three days before the federal deadline requiring provinces to comply with the Act or forego transfer payments withheld by Ottawa. In Quebec, extra-billing was always unprofitable for doctors because patients could not be reimbursed by the government if a physician charged more than the health plan benefit level.

In Ontario, the Liberal government ended extra-billing with the Health Care Accessibility Act, passed 12 June 1986. Under this Act doctors can be fined up to $10,000 for charging more than OHIP fees. The Ontario Medical Association held a 25-day strike to protest this legislation in June and July of 1986.

In spite of the legislation, however, some Ontario physicians have found two ways to charge more. One is an "administrative fee" to cover the costs of extra medical services that are not paid by OHIP (e.g., medical supplies such as drugs and disposable diagnostic instruments, telephone advice, renewals of prescriptions without assessments, filling out doctors' certificates, consultations by the physician with allied health professionals and interviews with others on behalf of patients). The second method, used primarily by psychiatrists and obstetricians, is a surcharge for being "available" or on standby when the patient suddenly requires help.

There is widespread confusion about the legitimacy of the supplementary charges physicians are making. The confusion stems from the fact that there is no comprehensive guide to which services are insured by OHIP and which are not. Many people argue that administrative and other

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

supplementary fees are simply extra-billing in disguise -- that doctors have exercised their ingenuity to get around a law many of them hold in disdain. The province has been more reserved in its judgment, however, partially in an attempt to maintain the uneasy peace it has tried to develop with physicians since the summer strike.

After urging from the Ontario government and the College of Physicians and Surgeons, the OMA published guidelines for what it considers acceptable charges to patients but it has been conspicuously silent about the practice of some doctors of charging fees for being available. Provincial Health Minister Murray Elston has stated that he believes many of the supplies for which the OMA says doctors are entitled to charge are already covered under OHIP.

Between the passing of the law banning extra-billing and 13 May 1987, OHIP received 318 complaints from people who believed they had been extra-billed. Many of the complaints involved specialists from groups that frequently extra-billed before the ban was made law. Under the law, the provincial health insurance plan will repay patients for overcharges on insured services. OHIP can take this amount out of the future payments bound for the doctor. **As of 13 May, 210 patients had been reimbursed.** Patients will also be reimbursed, although none have yet been, when doctors' administrative fees are made a condition for getting care.

In early February 1987, the Ontario Health Minister warned that he might begin prosecuting doctors who consistently bill patients above OHIP rates. While the Ministry has recovered extra-billings from 10 physicians (as of May 11), there have as yet been no prosecutions. However, unless the provincial government passes new regulations clarifying the intent of the extra-billing ban, the ambiguity about insured and uninsured services will continue, and OHIP will not be able to judge in all instances whether a patient has been illegally charged or not.

The province is in a dilemma: if it declares all extra charges to be illegal, the result could be a repetition of confrontation; should it incorporate into the OHIP schedule the services doctors claim are uninsured, it could drain the treasury and doctors might find another way

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

around the law anyway; however, should it continue to allow doctors to make additional charges, the "ban" on extra-billing will have changed nothing.

A dispute has emerged between the Quebec government and doctors in Ottawa that is perhaps indicative of the struggle by Ontario physicians to sustain their incomes. In November 1986, orthopedic doctors in Ottawa told Hull-area hospitals that, except in life-threatening situations, they would not accept transferred patients unless the Quebec hospitals paid Ontario fees for services rendered in Ottawa. Quebec's medical plan pays doctors on average 35% less for services than OHIP. The Ottawa branch of the Ontario Medical Association recommended that all local doctors require Quebec patients to pay Ontario rates, even though patients are reimbursed only at Quebec rates. This situation may be in contravention of the portability provisions of the Canada Health Act.

A coroner's jury in Ontario has recommended that midwifery be legalized and procedures for training and accrediting midwives be initiated. The Ontario government has announced that this recommendation will be accepted. A major study of the organization and objectives of Ontario's health care system had been suspended during the discussions of the Health Care Accessibility Act, but commenced again in the fall of 1986. It is headed by former University of Toronto president John Evans.

Legislation to stop doctors from opting out of medicare and charging more than the provincial health insurance fee schedule was passed in Manitoba and was effective as of 1 August 1985. In exchange for their loss of rights, Health Minister Desjardins offered the doctors an arbitration procedure to settle medicare fee disputes. However, by early 1987, Canada's first experiment in binding arbitration was in trouble. The provincial government threatened to terminate the agreement unless a provision could be negotiated limiting the volume of medical services for which the province is billed.

Saskatchewan was losing $160,000 a month due to extra-billing but legislated against the practice in August 1985. Saskatchewan doctors held a series of rotating one-day strikes in June 1986 when they felt the government had broken its part of the deal to ban extra-billing, which was supposed to let physicians control how the annual increase in the

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

fee schedule was distributed among different specialist groups. The government gave in within days.

In September 1986, the Alberta government won doctors' approval to ban extra-billing. With approximately 25% of physicians charging more than negotiated fees in 1985, the province had among the highest rates of extra-billing. Under the new agreement, a doctor who extra-bills must opt out of the health care insurance scheme and neither the doctor nor the patient is eligible for reimbursement from the insurance scheme. (This is similar to the regime that prevails in Quebec.) In exchange for an end to extra-billing, the Alberta government agreed to provide $12 million more in increased fees and benefits for doctors. Hospitals will be required to drop the admission fees introduced in 1983, but will be reimbursed by the provincial government for their loss. The agreement also dropped cosmetic surgery as an insurable service under the provincial plan. In November 1986 the federal government announced that it would return $29 million to the province under the terms of the Canada Health Act.

The Alberta government has also announced options for curbing health care costs. Most controversial are suggestions that patients pay doctors' bills directly and be reimbursed from the insurance plan, and that there be a rationing of the number of insured benefits any patient can claim. The province is also launching a new scheme to catch dishonest doctors by asking patients to confirm they have received the treatment for which their physicians have billed.

In British Columbia, the Social Credit government passed legislation in May 1985 to restrict billing numbers to new doctors in certain areas of specialization and regions of the province (Medical Services Amendment Act). In January 1987, the B.C. Supreme Court upheld the legislation. Mr. Justice Kenneth Lysyk ruled that the law does not violate the Charter of Rights and Freedoms by erecting a barrier to inter-provincial mobility. In the wake of the court ruling, the Manitoba government indicated that it, also, was seriously contemplating restrictions on the number of doctors who can work in any given part of the province.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Battles between the medical profession and provincial governments are not only about the right to extra-bill or to have a Medicare billing number, they are about professional versus political control over the health care system and the question of accountability. There is a growing contradiction between the desire of doctors to have the final say on how many tests and operations will be performed or how long a patient should remain in hospital and the government imperative to contain costs. Moreover, the cost of public health insurance is increasingly forcing trade-offs between equality and freedom, and between access and quality, that will only become more difficult as time passes.

There is concern in some quarters that bans on extra-billing may result in reductions in the number of insurable services under medicare, as governments attempt to control costs. In Ontario, the removal of wisdom teeth is no longer covered by OHIP. In Alberta, cosmetic surgery has been removed from the provincial insurance plan. In November 1986, the Alberta Hospitals Minister acknowledged that he was considering de-insuring the annual medical check-up. In January 1987, the Manitoba Health Minister said that his government was also considering demanding that patients pay the cost of health services that are judged, by an independent ethics committee, to be unnecessary. In addition, the province might allow private insurance companies to enter the health field to provide coverage for medical services deleted from the public insurance plan.

G. Responses of Professional Associations

The Canadian medical profession has argued that the Canada Health Act fails to address the main problem of medicare which it identifies as underfunding. As evidence of underfunding, it has cited long waiting lists for hospitalization, overcrowded emergency departments, staff cutbacks and a lack of money for new equipment. In the view of the Canadian Medical Association and its provincial divisions, the real problem of underfinancing has made direct charges necessary.

Doctors are acutely concerned that government preoccupation with controlling costs will lead inevitably to arbitrary decisions by the state about what services, treatments and technologies will be available

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

and a diminution of professional control over the health care system. Many physicians believe that an adequate health system cannot be financed entirely by taxation but must be supplemented by private funding. At the same time, there appears, to some extent, to be an expectation that existing practices should not be changed and that more money should be found to finance current patterns of use.

Spokesmen for the CMA have stated that the overall success of medicare has involved the cooperation of doctors, the overwhelming majority of whom have participated without compulsion. They argue that the Canada Health Act now compels participation, lessens doctors' civil rights compared to those of other citizens and may encourage some doctors to leave the country in search of a more favourable working environment.

In its brief to the Commons Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs in February 1984, the Canadian Nurses' Association, while generally agreeing with the objective of the Act, stated that the long-term viability of medicare requires a reorientation of health policies and a restructuring of the use of health care professionals.

In 1984, the report of the task force commissioned by the CMA and headed by Joan Watson concluded that underfunding is not the major problem of the health care system. Major reforms, especially in services for the elderly, were suggested in the report.

The Canadian Medical Association has taken steps toward a court challenge of the Canada Health Act as unconstitutional. They claim it denies doctors the right to deal with their patients as they wish. In May 1985, the B.C. Medical Association lost its case to retain "balance billing" when the Supreme Court of Canada declared it illegal.

PARLIAMENTARY ACTION

A. Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, 1957

This legislation involved conditional grants from the federal government to the provinces which administered individual hospital insurance programs.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

B. Medical Care Act, 1966

The Medical Care Act passed by Parliament in 1966, established the basis for a national medical care insurance plan with prescribed criteria.

C. Amendments to Medical Care Act, 1976

As a result of funding problems the Medical Care Act was amended in 1976 to impose ceilings on the amount of escalation of medical care costs that would be accepted for sharing purposes.

D. Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977

Changes to the funding arrangement for health insurance were enacted by legislation in March 1977. The shared-cost arrangement was replaced by a tax transfer and cash payments tied to the GNP.

E. Parliamentary Task Force Report, 1981

The report, released in August 1981, recommended renewal of the provisions of the 1977 Fiscal Arrangements Act for three years and consolidation of the various pieces of federal health care legislation.

F. Amendments to the EPF Act, 1977

On 5 April 1982 the House of Commons passed Bill C-97.

G. The Canada Health Act, 1984

The Canada Health Act (Bill C-3) was introduced in the House of Commons on 12 December 1983, amended, and passed third reading on 9 April 1984. On 17 April it was passed by the Senate and received Royal Assent.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

CHRONOLOGY

1867 - The Constitution Act, 1867 gave to the provinces the responsibility for the provision of health care services.

1946 - The Saskatchewan Hospitalization Act was passed.

1957 - The Hospital Insurance and Diagnostic Services Act was passed by the federal Parliament.

1958 - Hospital insurance programs began in five provinces (British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Newfoundland).

1961 - The Saskatchewan Medical Care Insurance Act was passed. After a three week strike by physicians in 1962, some amendments were made.

1964 - The Royal Commission on Health Services (the Hall Commission) recommended a medical insurance program similar to the hospital program.

1966 - The Medical Care Act was passed by Parliament.

July 1976 - Amendments to the Medical Care Act imposed limitations on the amount of federal contributions to medical care costs.

March 1977 - Established Programs Financing Act was passed. As a condition of payment, a province must show that its plan satisfies the criteria of medicare (comprehensive coverage, uninhibited access, universality, portability and non-profit administration).

September 1980 - Release of report from Health Services Review '79.

August 1981 - Report of Task Force "Fiscal Federalism in Canada" rejected user fees; majority against extra-billing; majority agreed with binding arbitration; recommended withholding federal funds if standards not maintained.

April 1982 - Bill C-97 amending the Established Programs Financing Act, 1977.

July 1983 - Government of Canada Position Paper entitled Preserving Universal Medicare stated that direct charges are eroding medicare and proposed new legislation.

September 1983 - Provincial Health Ministers met in Halifax and stated the need for more Medicare funds.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

April 1984 - The Canada Health Act was passed by Parliament and received Royal Assent.

July 1984 - Federal health grants were withheld from those provinces continuing extra-billing and hospital user fees. Ontario forfeited the highest amount of money.

May 1985 - Federal and provincial health ministers met in Winnipeg to discuss the future of medicare.

January 1986 - Ontario Medical Association protested against the Health Care Accessibility Act (Bill 94).

June 1986 - Bill 94 to ban extra-billing in Ontario was passed.

June-July 1986 - Ontario doctors held a 25-day strike to protest Bill 94.

June 1986 - Saskatchewan doctors held a series of rotating one-day strikes to protest an alleged breach of the deal to ban extra-billing.

June 1986 - Health Minister Epp outlined options for reform of health promotion and disease prevention programs.

September 1986 - Alberta government and doctors reached an agreement banning extra-billing.

November 1986 - Health Minister Epp presented a discussion paper entitled Achieving Health For All: A Framework for Health Promotion.

January 1987 - B.C. Supreme Court upheld legislation which allows the province to control both the supply and the distribution of doctors.

SELECTED REFERENCES

(1) Badgley, Robin F., and R. David Smith, User Charges for Health Services, Ontario Council of Health, Toronto, 1979. (Library of Parliament RA185/05/A351/1979/U84)

(2) Bird, Richard and Roderick Fraser, Commentaries on the Hall Report, Ontario Economic Council, Toronto 1981. (Library of Parliament J103/P1/1979/H4/A122)

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

(3) Canada, Government of Canada, Preserving Universal Medicare, Ottawa, 1983.

(4) Canada, Health Services Review '79, Canada's National Provincial Health Program for the 1980s, Ottawa, 1980. (Library of Parliament J103/P1/ 1979/H4/A12)

(5) Canada, Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements, Fiscal Federalism in Canada, Ottawa, 1981. (Library of Parliament J103/H7/1980-1 F4A12)

(6) Canadian Centre for Policy Alternatives, Medicare: the Decisive Year, Proceedings of the CCPA Conference on Medicare, Ottawa, 1984.

(7) Evans, Robert G., "Health Care in Canada: Patterns of Funding and Regulation," Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 8, No. 1, Spring 1983, p. 1-43.

(8) National Anti-Poverty Organization, No Care Medicare, Ottawa, December 1984.

(9) National Council of Welfare, Medicare: The public good and the private practice, Ottawa, May 1982. (Library of Parliament RA184/M43)

(10) Sherman, Louis, Management by Private Contract: a Study for the Minister of Health and Welfare, Winnipeg: Associated Health Planners, 1985.

(11) Stoddart, Greg L., Privatization in the Canadian Health Care System: Assertions, Evidence, Ideology and Options, a study prepared for the Minister of National Health and Welfare, Ottawa, 1985,

79-241

Bulletin d'actualité

Les soins médicaux au Canada

Garth McNaughton
Division des affaires politiques et sociales

Le 18 septembre 1979
Revu le 15 mai 1987

Bibliothèque du Parlement
Library of Parliament

Service de recherche

Le Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1987

N° de cat. YM32-1/79-24-1987F

ISBN 0-660-92141-3

N.B. Dans ce bulletin, tout changement d'importance fait depuis la dernière publication est indiqué en **caractères gras**.

THIS DOCUMENT IS ALSO PUBLISHED IN ENGLISH

TRADUCTION

CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

LES SOINS MÉDICAUX AU CANADA

DÉFINITION DU SUJET

Bien que les services de santé relèvent des provinces en vertu de la Loi constitutionnelle de 1867, le gouvernement fédéral est intervenu dans ce domaine en accordant des subventions conditionnelles en vue d'améliorer le niveau des soins de santé et de le maintenir dans toutes les régions du Canada. Selon la Loi sur les soins médicaux, les programmes d'assurance- maladie provinciaux pouvaient bénéficier des fonds fédéraux à condition de respecter certains critères: l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'administration sans but lucratif. Nombreux sont ceux qui expriment leurs préoccupations quant à la hausse des coûts, à l'accessibilité des services médicaux et au respect des principes régissant la Loi sur les soins médicaux. L'accessibilité aux services médicaux semble avoir été mise en danger depuis qu'un grand nombre de médecins se sont retirés des régimes provinciaux ou ont pris l'habitude d'exiger des frais additionnels et que certaines provinces imposent des frais modérateurs dans les hôpitaux. Par ailleurs, on prétend que le partage des frais est nécessaire vu la hausse des coûts et l'insuffisance des fonds. Le débat sur l'érosion des soins médicaux a soulevé des questions sur les compétences respectives des gouvernements, l'importance du financement fédéral et les pratiques du retrait des médecins, de la surfacturation et de l'imposition de frais modérateurs dans les hôpitaux. Ce débat a été mis en relief par le retrait des subventions fédérales aux provinces qui continuent à autoriser la surfacturation et les frais modérateurs après l'adoption, en 1984, de la Loi canadienne sur la santé.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

CONTEXTE ET ANALYSE

A. Régime fédéral de soins médicaux

Le programme national d'assurance-maladie du Canada a été mis sur pied en deux étapes. En 1957, en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, les coûts des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation étaient assumés en partie par le gouvernement fédéral. La Loi sur les soins médicaux de 1966 a étendu le principe du partage des coûts par le gouvernement fédéral aux régimes provinciaux assurant les services de médecins.

La définition des compétences était l'une des questions clés dans l'établissement d'un système national. Au Canada, les questions de santé relèvent, en règle générale, des autorités provinciales. En outre, le plus important tribunal du pays avait décidé qu'il incombait aux provinces d'imposer directement aux habitants une prime d'assurance relative aux soins de santé. Par conséquent, à moins d'une modification constitutionnelle, tout programme national d'assurance-santé ne peut être mis en vigueur que dans le cadre de programmes provinciaux.

Toutefois, le gouvernement fédéral a pu intervenir en accordant des subventions conditionnelles aux provinces, et il a eu recours à ce mécanisme en 1957 pour l'assurance-hospitalisation. Une fois ce programme établi, des pressions ont été exercées pour qu'un régime d'assurance-maladie semblable soit mis sur pied. La Commission royale d'enquête sur les services de santé (la Commission Hall) a recommandé en 1964 l'adoption d'un régime universel d'assurance-maladie, et le régime qui a été établi par la suite tenait largement compte des recommandations de la Commission. Le programme autorisait le financement fédéral sous réserve de certaines conditions. Il s'agit des cinq principes sur lesquels se fonde le Régime d'assurance-maladie du Canada: la garantie tous risques, l'accessibilité, l'application universelle, la transférabilité et l'administration publique. Aussi les régimes provinciaux doivent-ils comporter les caractéristiques suivantes:

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

(1) L'intégralité, c'est-à-dire la couverture de tous les services nécessaires dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Ce critère n'admet aucune limite monétaire ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical.

(2) L'accès aux services nécessaires sans frais excessifs. L'accès aux services assurés ne doit pas être entravé par des frais excessifs ou d'autres dispositions.

(3) L'application universelle à tous les résidents admissibles de la province participante, à des conditions uniformes, et couvrant au moins 95 % de la population admissible.

(4) La transférabilité des prestations lorsque le bénéficiaire s'absente temporairement de sa province ou déménage dans une autre province participante.

(5) L'administration sans but lucratif assurée par un organisme public responsable de ses transactions financières devant le gouvernement provincial.

La Loi sur les soins médicaux qui fut adoptée en décembre 1966 précisait ces conditions. Toute province offrant des soins médicaux et respectant ces conditions fondamentales pouvait bénéficier d'une contribution fédérale, basée sur 50 p. 100 du coût par habitant des services assurés du programme national, multiplié par la moyenne annuelle du nombre de personnes assurées dans les provinces. C'est ainsi que le 1er juillet 1968, date d'entrée en vigueur du programme, seules deux provinces, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique, y avaient adhéré. Les autres ont suivi et, en avril 1972, toutes les provinces et tous les territoires y avaient adhéré.

La plupart des Canadiens ont tiré profit du régime d'assurance- maladie. Il a surtout été utile aux défavorisés, car il existe un lien entre faible revenu et mauvaise santé, mais il a aussi permis aux médecins d'éviter les créances irrécouvrables et de recevoir leurs honoraires de façon régulière et fiable.

Toutefois, le financement des soins médicaux ne réussit plus à suivre l'augmentation des coûts. Le recours croissant aux soins hospitaliers, aux tests de diagnostic et à des techniques complexes a fait augmenter les dépenses dans le domaine des soins médicaux. En même temps,

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

le vieillissement de la population canadienne exige l'agrandissement des installations. **On commence à peine à se rendre compte des répercussions du SIDA sur les coûts des soins de santé.** D'autres régimes ont été proposés, notamment un plus grand recours au personnel infirmier, afin de rentabiliser davantage les services de santé, les soins à domicile et les centres de santé communautaires. Certains partisans de la réforme des soins médicaux préconisent que l'on crée des organisations de services de santé calquées sur celles qui existent aux États-Unis (Health Maintenance Organizations), pour contrer l'escalade des coûts au Canada. Ces organisations assurent des soins contre paiement d'une cotisation annuelle forfaitaire par patient. L'Hôpital général de Toronto a d'ailleurs manifesté au ministre ontarien de la Santé, M. Murray Elston, son désir de mettre sur pied le premier organisme du genre au Canada.

B. Contribution fédérale

Les premiers accords financiers relatifs aux régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie présentaient des difficultés tant pour le gouvernement fédéral que pour les gouvernements provinciaux. Le gouvernement fédéral exprimait ses préoccupations quant au caractère non limitatif des accords de partage des coûts en matière de santé, alors que les provinces se plaignaient de manque de souplesse de la répartition des ressources. Lors de la conférence des Premiers ministres qui s'est déroulée en juin 1976, le Premier ministre a déposé une proposition de financement global portant sur les principaux programmes à frais partagés dans les domaines de la santé et de l'éducation postsecondaire. Elle éliminait la formule du partage égal des coûts, calculait les paiements fédéraux indépendamment des dépenses provinciales et obligeait les provinces à dépenser ces fonds dans les domaines auxquels ils étaient affectés, mais pas nécessairement de contribuer à ces programmes dans la même mesure.

Cette proposition entraîna l'adoption, en 1977, de la Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis. À partir du 1er avril 1977, les contributions fédérales aux programmes établis d'assurance-

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

hospitalisation, de soins médicaux et d'études postsecondaires ne seraient plus fonction immédiate des coûts provinciaux, mais prendraient la forme d'un transfert fiscal aux provinces ainsi que de paiements en espèces divisés en trois parties. La loi de 1977 a également modifié la Loi sur les soins médicaux en y ajoutant le paragraphe 6(4) qui stipule qu'une province doit, pour pouvoir obtenir ces paiements, fournir la preuve que son régime respecte les critères énoncés dans la loi originale. Le gouvernement fédéral peut refuser de payer, mais peut également, trois ans à l'avance, faire connaître son intention de cesser tout versement et de négocier un nouvel accord.

Le Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces s'est prononcé en faveur du maintien de la formule de financement global. Il a recommandé que la Loi actuelle sur les accords fiscaux soit reconduite en deux étapes et que les divers gouvernements soient ensuite consultés sur les conditions des programmes et les critères de contrôle. Suivrait ensuite une refonte de la législation actuelle, afin que ces conditions y soient plus clairement définies. Le Groupe de travail reconnaît que le "respect (des critères de programme) conditionnerait le versement des contributions fédérales mais ce, de manière souple, en ce que la retenue des paiements fédéraux serait faite en fonction du degré d'observation des critères de programme".

Dans le budget de novembre 1981, le ministre fédéral des Finances a annoncé son intention de réduire de 5,7 milliards de dollars les paiements de transfert fédéraux aux provinces prévus pour les cinq prochaines années au titre des programmes sociaux, ce qui comprend les soins médicaux et l'enseignement postsecondaire.

Au cours de l'automne 1985, le Groupe de travail Nielsen (Groupe de travail ministériel chargé de l'examen des programmes) s'est dissocié du gouvernement fédéral, qui avait annoncé son intention de réduire les paiements de transfert aux provinces de 6 milliards de dollars supplémentaires d'ici 1990. Il a également reproché à Ottawa d'avoir établi unilatéralement, en 1984, deux composantes distinctes au sein du financement des programmes établis, soit la santé et l'enseignement postsecondaire, faisant valoir que l'initiative fédérale était incompatible

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

avec le principe de la "formule globale de financement". Les membres du Groupe de travail ont dit craindre que les efforts du gouvernement fédéral en vue de diminuer les paiements de transfert ne réduisent considérablement sa participation au régime de soins médicaux au Canada. À l'heure actuelle, la contribution du gouvernement fédéral aux régimes de santé provinciaux se situe approximativement à 40 p. 100. Depuis 1979-1980, on note une diminution graduelle de la portion des dépenses de santé globales financées par le gouvernement fédéral.

C. Frais supplémentaires (surfacturation)

Les médecins étant des praticiens privés et non pas des fonctionnaires, il a fallu, en adoptant un régime général d'assurance-maladie, trouver un juste équilibre entre le contrôle de l'État et l'entreprise privée. La première province à adopter un régime d'assurance-maladie, la Saskatchewan, en fit les frais puisque la nouvelle loi qu'elle adopta fut accueillie par une grève des médecins qui dura 23 jours en 1962. Des concessions furent finalement faites sur les rapports entre médecins et le gouvernement, et une partie du règlement consista à recourir à des compagnies d'assurance privées pour s'occuper des réclamations, les médecins pouvant ainsi exercer la médecine sans avoir de rapports directs avec la Commission d'assurance du gouvernement.

Les honoraires des médecins sont la plupart du temps fixés "à l'acte". Avant l'instauration des régimes d'assurance-maladie, les associations médicales provinciales établissaient des barèmes d'honoraires dont s'inspiraient souvent les gouvernements et les assureurs privés pour fixer les versements. Parce qu'ils étaient assurés d'être payés par ces régimes, les médecins étaient en général disposés à accepter un versement proportionnel, car les barèmes des associations médicales prévoyaient des indemnités pour les créances irrécouvrables, les facturations répétées et les frais de comptabilité et de recouvrement. Une formule semblable a été retenue après l'adoption de la Loi sur les soins médicaux; les barèmes d'honoraires des régimes sont négociés avec les représentants du corps médical et sont approuvés par la plupart des médecins.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Le juge Emmett Hall, dans son Examen des services de santé, 1979, déclare que la surfacturation empêche un grand nombre de personnes défavorisées d'avoir accès aux services et viole donc le principe essentiel de l'universalité. L'Association médicale canadienne, par contre, est favorable à la surfacturation, car elle croit qu'elle "compense l'insuffisance du financement" des soins médicaux. La majorité des membres du Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces ont souscrit aux recommandations du juge Hall d'interdire la surfacturation, ainsi qu'à la proposition relative à l'arbitrage obligatoire en cas d'échec des négociations entre les médecins et la province.

Motivés par l'augmentation des frais administratifs et la volonté de conserver des revenus élevés, beaucoup de médecins ont été amenés à facturer à leurs patients des honoraires plus élevés que ceux fixés par les commissions de santé provinciales. Bien que les membres de la profession médicale aient fait valoir que la surfacturation n'est appliquée qu'à ceux qui peuvent se l'offrir, plusieurs études ont démontré qu'il n'en est pas ainsi. Il ressort d'une étude effectuée pour le Canadian Centre for Policy Alternatives que 93 p. 100 des spécialistes en médecine pratiquent la surfacturation en Alberta, et qu'ils le font parfois pour tous leurs clients (y compris les prestataires de l'aide sociale)(1). En décembre 1984, l'Organisation nationale anti-pauvreté a publié un rapport qui cite des cas de gens à faible revenu qui ont eu à pâtir de la surfacturation, des frais modérateurs et des primes pour les soins de santé. Le rapport estime que les pauvres se privent souvent de traitements médicaux nécessaires s'ils savent ou pensent que leur médecin pratique la surfacturation. L'Organisation nationale anti-pauvreté a fait mention dans son rapport d'un récent sondage Gallup selon lequel 79 p. 100 des Canadiens sont opposés à la surfacturation. Elle s'est inspirée de ces faits dans sa propre étude pour demander aux gouvernements d'éliminer les frais directs pour les soins de santé.

---

(1) Richard Plain, "Charging the Sick: Observations on the Economic Aspects of Medical Social Policy Reforms", CCPA novembre 1982.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

D. Frais modérateurs

L'imposition de frais modérateurs pour les soins hospitaliers est permise au Canada, à condition qu'elle n'entrave pas "l'accès raisonnable" aux services. Les partisans de cette méthode estiment qu'elle est nécessaire pour que le patient n'exige pas des soins médicaux à tort et à travers et pour que soient supprimées des consultations mineures ou inutiles. Les détracteurs de ce principe estiment qu'il s'agit là d'un impôt régressif, étant donné qu'on impose les malades au lieu de répartir le coût des soins médicaux entre tous les contribuables.

L'Ontario Economic Council a conclu que les frais modérateurs ne dissuadent pas la population d'avoir recours aux services de santé et ne réduisent pas non plus le coût de ces services. En fait, ce système n'a pour effet que de procurer davantage d'argent au trésor provincial, aux médecins ainsi qu'aux compagnies d'assurance. La dissuasion ne joue que si les frais sont excessivement élevés, ce qui pousse alors beaucoup d'individus à souscrire à des régimes d'assurance privés. En 1979, l'Ontario Council of Health a publié un rapport dans lequel il soutenait que l'imposition de frais modérateurs pour les soins médicaux entraînait une baisse des consultations et frappait surtout les personnes socialement défavorisées, les pauvres et les citoyens du troisième âge. Enfin, rien ne permet de dire qu'elle provoque une diminution sensible du recours inutile aux soins hospitaliers et médicaux.

Le Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces a déclaré que "la facturation des usagers, lorsqu'elle est suffisamment élevée pour produire un effet de dissuasion, s'exerce sur les mauvaises personnes (les gens âgés et les pauvres, surtout) et, lorsqu'elle est assez basse pour être acceptable par la majorité, elle ne vaut plus la peine d'être perçue, les frais administratifs dépassant la recette". Entre 1958 et 1978, l'imposition de frais modérateurs pour les services hospitaliers était en vigueur dans cinq provinces. En 1980, Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick, l'Alberta et la Colombie-Britannique l'ont autorisée, alors que l'Ontario et le Québec l'autorisaient dans le cas de malades chroniques.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Les ministres de la Santé provinciaux continuent à chercher des façons de diminuer les frais d'hôpitaux et les dépenses en matière de santé. En septembre 1984 par exemple, le ministre des hôpitaux de l'Alberta, Dave Russell, a annoncé que ces établissements seront autorisés à conserver en fin d'année tous les surplus provenant des subventions provinciales d'exploitation afin d'encourager une exploitation efficace.

E. Initiatives fédérales

Dans son Examen des services de santé, 1979, le juge Emmett Hall a recommandé d'interdire la surfacturation et d'adopter la formule de l'arbitrage obligatoire lorsque les autorités provinciales et les médecins ne peuvent s'entendre sur les honoraires exigibles. Dans son rapport intitulé Le fédéralisme fiscal au Canada, le Groupe de travail sur les accords fiscaux recommande le maintien de la formule de financement global, une surveillance plus stricte du respect des principes de l'assurance-maladie, la retenue progressive d'une partie des fonds alloués lorsque ces principes ne sont pas respectés, et enfin l'abolition des primes et des frais modérateurs.

Le 25 juillet 1983, la ministre publiait un document intitulé Pour une assurance-santé universelle: la politique du gouvernement du Canada dans lequel elle affirmait que la généralisation de la facturation directe, sous forme de frais modérateurs et de surfacturation, minait le principe de l'assurance-santé. Elle y réfutait en outre l'accusation concernant l'insuffisance du financement et niait que le coût des soins de santé soit excessif et les dépenses du Canada en matière de santé, débridées.

Le 12 décembre 1983, la Loi canadienne sur la santé (projet de loi C-3) était déposée à la Chambre des communes. Selon l'article 3, l'un des objectifs de la politique canadienne de la santé consiste à permettre un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacle indu d'ordre financier. Aux termes de l'article 4, la loi entend favoriser la mise en oeuvre de la politique canadienne de la santé en établissant des conditions et en assujettissant au respect de celles-ci le versement du

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

plein montant prévu par la loi de 1977 à l'égard des services de santé assurés fournis en vertu de la loi d'une province.

Aux termes de la loi, une province n'a droit à la pleine contribution pécuniaire que si elle interdit le versement de montants à l'égard de services assurés qui ont fait l'objet d'une surfacturation ou de l'imposition de frais modérateurs, autres que ceux prévus par les règlements. Il est prévu que dans le cas où une province ne se conforme pas à ces conditions, les montants perçus au cours d'un exercice au moyen de la surfacturation ou de l'imposition de frais modérateurs seront déduits des contributions pécuniaires devant être versées à la province pour un exercice donné (art. 20). Si la surfacturation ou les frais modérateurs ont été supprimés dans une province pendant les trois exercices qui commencent à l'entrée en vigueur de la loi, les sommes déduites seront remises à la province (art. 20).

En avril 1984, le projet de loi C-3 a été adopté. En juillet 1984, le gouvernement fédéral a commencé à pénaliser les provinces qui continuaient de tolérer la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs dans les hôpitaux. Pour chaque dollar reçu par les provinces grâce à la surfacturation, le gouvernement fédéral réduirait de un dollar ses subventions au titre de la santé. Les provinces qui mettraient un terme à la surfacturation dans les trois années à venir pourraient récupérer en 1987 les subventions perdues.

Lorsque les Conservateurs ont pris le pouvoir en septembre 1984, le nouveau ministre de la Santé, Jake Epp, a réaffirmé l'intention de son gouvernement d'abolir la pratique de la surfacturation et de l'imposition de frais modérateurs. Il a toutefois adopté une approche plus conciliante que son prédécesseur et a promis de ne pas s'immiscer dans les compétences provinciales et de ne pas dire aux ministres provinciaux comment exploiter leurs régimes d'assurance-maladie. On ignore quelle serait la réaction du gouvernement fédéral si les provinces permettaient aux médecins de se soustraire aux lois interdisant la surfacturation en imposant des frais pour les services non assurés (notamment en Ontario).

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a commandé en 1984 des études sur la possibilité de privatiser certains

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

éléments du régime des soins médicaux. Le rapport Sherman a conclu en 1985 que, dans sa forme actuelle, le régime fonctionne de façon satisfaisante et qu'en privatisant une partie de ses éléments, on risquerait d'en alourdir les coûts. Dans l'autre rapport, signé par l'économiste de la santé Greg Stoddart, on fait remarquer que le débat sur les avantages et les inconvénients de la privatisation n'est ni éclairant ni productif. Selon l'auteur, le véritable problème tient à la séparation qui existe entre le pouvoir décisionnel clinique, eu égard à l'utilisation du régime des soins médicaux, et la responsabilité financière associée au financement des niveaux de service résultant de ces décisions cliniques.

En novembre 1986, le ministre de la Santé, M. Epp, a publié un document de travail intitulé La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé, qui propose des options pour encourager les Canadiens à prendre en main leur propre bien-être. Ce document sert de base à un exercice de consultation nationale en vue d'élaborer de nouveaux moyens de promotion de la santé.

F. Quelques initiatives provinciales

Plusieurs ministres provinciaux de la Santé ont mis en question le degré d'intervention fédérale en matière de soins médicaux. À l'issue d'une réunion tenue en septembre 1983, les ministres provinciaux de la Santé ont convenu qu'il n'était pas nécessaire d'interdire la surfacturation et les frais modérateurs pour préserver l'assurance-maladie, que les contributions fédérales au système d'assurance-maladie n'allaient pas de pair avec les coûts croissants dans le domaine de la santé et qu'elles étaient tombées au-dessous des 50 p. 100 prévus.

Le Québec, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard sont les quatre seules provinces qui n'ont pas été pénalisées, parce qu'elles avaient interdit la surfacturation et les frais modérateurs avant l'adoption de la Loi canadienne sur la santé. En mars 1987, le Nouveau-Brunswick et la Colombie-Britannique, les deux dernières provinces qui payaient une pénalité financière parce qu'elles ne se conformaient pas pleinement à la Loi canadienne sur la santé, ont annoncé qu'elles allaient s'y conformer. Cette annonce a été faite trois jours

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

avant le délai fixé par le gouvernement fédéral, qui exigeait des provinces qu'elles se conforment à la loi ou qu'elles renoncent aux paiements de transfert retenus par Ottawa. Au Québec, la surfacturation n'a jamais été profitable pour les médecins parce que les patients faisant l'objet d'une surfacturation n'auraient pas été remboursés par le gouvernement.

En Ontario, le gouvernement libéral a mis fin à la surfacturation par l'adoption, le 12 juin 1986, de la Health Care Accessibility Act. La loi prévoit une amende pouvant aller jusqu'à 10 000 $ pour les médecins qui exigent des frais plus élevés que ceux prévus par le régime provincial d'assurance-maladie. L'Ontario Medical Association a fait la grève pendant 25 jours, en juin et en juillet 1986, pour protester contre cette loi.

Cependant, en dépit de la loi, certains médecins de l'Ontario ont trouvé deux moyens d'exiger davantage pour leurs services. Le premier consiste à imposer des "frais administratifs" pour couvrir les coûts des services paramédicaux qui ne sont pas remboursés par l'OHIP (par exemple, les fournitures médicales telles que les médicaments et les instruments de diagnostic jetables, les consultations téléphoniques, le renouvellement des ordonnances sans examen, la délivrance de certificats médicaux, les consultations avec d'autres professionnels de la santé et les entretiens avec des collègues au sujet de patients). Utilisé surtout par les psychiatres et les obstétriciens, le deuxième moyen consiste à imposer des frais supplémentaires de "disponibilité" dans les cas où un patient a besoin d'aide sans préavis.

Il règne une grande confusion au sujet de la légitimité des frais supplémentaires imposés par les médecins, confusion qui découle de l'absence de guide exhaustif précisant quels services sont assurés par l'OHIP et quels services ne le sont pas. Beaucoup de gens estiment que les frais administratifs et autres frais supplémentaires constituent tout simplement une forme déguisée de surfacturation, les médecins ayant fait preuve d'ingéniosité afin de contourner une loi pour laquelle un grand nombre d'entre eux n'ont que mépris. Toutefois, les autorités provinciales n'ont pas exprimé de jugement aussi tranché, en partie dans un effort pour

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

maintenir la paix précaire qu'elles ont tenté d'établir avec les médecins depuis la grève de l'été.

Cédant aux instances du gouvernement de l'Ontario et du Collège des médecins et chirurgiens, l'OMA a publié des lignes directrices relativement aux frais qu'il est acceptable, selon elle, d'imposer aux patients, mais elle a gardé un silence éloquent au sujet des frais de disponibilité que réclament certains médecins. Le ministre de la Santé de l'Ontario, M. Murray Elston, a déclaré qu'à son avis, beaucoup des fournitures à l'égard desquelles l'OMA prétend que les médecins peuvent imposer des frais sont déjà couvertes par l'OHIP.

Entre l'adoption de la loi interdisant la surfacturation et le 13 mai 1987, l'OHIP a reçu 318 plaintes de gens qui estiment avoir été victimes de cette pratique. Un grand nombre de ces plaintes visent des domaines de spécialisation où la surfacturation était monnaie courante avant que la loi soit adoptée. En vertu des dispositions de celle-ci, le régime d'assurance-maladie de la province rembourse les patients qui ont dû payer des frais supplémentaires à l'égard de services assurés. L'OHIP peut soustraire cette somme de paiements futurs destinés au médecin. **Au 13 mai, 210 patients avaient été remboursés.** On remboursera également les patients qui ont dû verser des frais administratifs pour être en mesure d'obtenir des soins, mais aucun remboursement de ce genre n'a encore été fait.

Au début de février 1987, le ministre ontarien de la Santé a fait savoir qu'il pourrait intenter des poursuites contre les médecins qui facturent régulièrement leurs services à des taux supérieurs à ceux de l'OHIP. Bien que le ministre ait récupéré des sommes surfacturées auprès de dix médecins (au 11 mai), aucune poursuite n'a encore été intentée. Cependant, à moins que le gouvernement provincial n'adopte une nouvelle réglementation précisant le champ de l'interdiction en matière de surfacturation, l'ambiguïté continuera de régner quant aux services assurés et non assurés, et l'OHIP ne sera pas en mesure de juger dans tous les cas si un patient a été victime ou non d'une pratique illégale.

Les autorités provinciales sont dans un dilemme: si elles frappent d'illégalité tous les frais supplémentaires, il pourrait

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

s'ensuivre une autre confrontation avec la profession médicale; si elles intègrent au régime de l'OHIP les services qui, au dire des médecins, ne sont pas assurés, elles risquent de vider les coffres du Trésor, et les médecins peuvent fort bien trouver une autre façon de contourner la loi; cependant, si elles continuent de tolérer l'imposition de frais supplémentaires, l'interdiction visant la surfacturation n'aura rien changé.

Un nouveau conflit mettant aux prises le gouvernement du Québec et les médecins d'Ottawa est révélateur de la lutte que livrent les praticiens de l'Ontario en vue de maintenir leurs revenus. En novembre 1986, les orthopédistes d'Ottawa ont avisé les hôpitaux de la région de Hull que, sauf dans des cas de vie ou de mort, ils n'accepteraient plus les patients qu'ils leur envoient à moins qu'ils ne payent les tarifs de l'Ontario pour les services rendus à Ottawa. En moyenne, le régime d'assurance-maladie du Québec verse aux médecins environ 35 p. 100 de moins que l'OHIP pour des services semblables. La division d'Ottawa de l'Ontario Medical Association a recommandé que tous les praticiens locaux exigent de leurs patients québécois qu'ils payent les tarifs de l'Ontario, même s'ils ne sont remboursés qu'aux tarifs du Québec. Il est possible que cette pratique contrevienne aux dispositions de la Loi canadienne sur la santé relatives à la transférabilité.

Un jury du coroner a recommandé que les sages-femmes puissent pratiquer légalement et que des procédures de formation et d'accréditation des sages-femmes soient mises en place. Le gouvernement de l'Ontario a annoncé qu'il acceptera cette recommandation. Une importante étude de l'organisation et des objectifs du système de soins de santé de l'Ontario a été suspendue pendant l'examen de la Health Care Accessibility Act, mais a été reprise à l'automne 1986. Elle est dirigée par l'ancien président de l'université de Toronto, M. John Evans.

Une mesure législative visant à empêcher les médecins de se retirer du régime d'assurance-maladie et d'exiger des honoraires plus élevés que ceux prévus par le régime a été adoptée au Manitoba et est entrée en vigueur le 1er août 1985. En échange, le ministre de la Santé, M. Desjardins, a offert aux médecins de soumettre à l'arbitrage les différends concernant les honoraires de soins médicaux. Toutefois, au

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

début de 1987, la première expérience canadienne en matière d'arbitrage obligatoire a débouché sur des conflits. Le gouvernement provincial a menacé de révoquer l'entente s'il ne réussit pas à négocier une disposition limitant la quantité de soins médicaux qui lui sont facturés.

La Saskatchewan perdait 160 000 $ par mois à cause de la surfacturation, mais elle a adopté une loi qui interdit cette pratique en août 1985. Les médecins de la Saskatchewan ont tenu une série de grèves rotatives d'une journée en juin 1986. Ils reprochaient au gouvernement de n'avoir pas tenu la promesse qu'il leur avait faite lors de la conclusion de l'accord visant l'abandon de la surfacturation, soit de les laisser contrôler la répartition de l'augmentation annuelle des honoraires entre les diverses spécialités. Le gouvernement a cédé au bout de quelques jours.

En septembre 1986, le gouvernement de l'Alberta a obtenu des médecins qu'ils approuvent l'interdiction de la surfacturation. Comme environ 25 p. 100 des praticiens de la province exigeaient des honoraires plus élevés que ceux prévus par le régime d'assurance-maladie, l'Alberta affichait un taux de surfacturation parmi les plus élevés. En vertu de la nouvelle entente, un médecin qui pratique la surfacturation doit se retirer du régime d'assurance-maladie et ni lui ni son patient ne peuvent être remboursés par le régime. (Ces conditions sont analogues à celles qui ont cours au Québec). En échange contre l'abandon de la surfacturation, le gouvernement de l'Alberta a convenu d'accorder aux médecins 12 millions de dollars de plus sous forme d'honoraires et d'avantages accrus. Les hôpitaux ont cessé d'imposer les frais d'admission introduits en 1983, mais le gouvernement provincial s'est engagé à pallier cette perte de revenus. En vertu de l'entente, on a également rayé la chirurgie esthétique des services assurés par le régime d'assurance-maladie provincial. En novembre 1986, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il rendrait 29 millions de dollars à la province, en application de la Loi canadienne sur la santé.

Les autorités de l'Alberta ont également annoncé diverses options en vue de freiner l'escalade des coûts des soins de santé. Parmi les suggestions les plus controversées, citons celles voulant que les patients payent directement les honoraires du médecin et se fassent

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

rembourser ensuite par le régime d'assurance-maladie, et qu'on limite le nombre des services assurés que peut réclamer un patient. La province met également en oeuvre un moyen de prendre en défaut les médecins malhonnêtes, en demandant aux patients s'ils ont effectivement reçu le traitement facturé.

En Colombie-Britannique, le gouvernement du Crédit social a adopté en mai 1985 une loi limitant l'attribution de numéros de facturation aux nouveaux médecins dans certains secteurs de spécialisation et certaines régions de la province (Medical Services Amendment Act). En janvier 1987, la Cour suprême de la Colombie-Britannique a confirmé la loi. Le juge Kenneth Lysyk a statué que celle-ci ne contrevient pas à la Charte canadienne des droits et libertés en créant un obstacle à la mobilité interprovinciale. À la suite du jugement, le gouvernement du Manitoba a lui aussi indiqué qu'il envisage sérieusement de restreindre le nombre de médecins pouvant pratiquer dans les diverses régions de la province.

Les conflits entre la profession médicale et les autorités provinciales ne portent pas seulement sur le droit à la surfacturation ou à l'obtention d'un numéro de facturation du régime d'assurance-maladie; ils touchent également la question du contrôle (professionnel ou politique) du régime de soins de santé, ainsi que celle de la responsabilité. On note une contradiction croissante entre la volonté des médecins d'avoir le dernier mot sur le nombre de tests et d'opérations qui seront réalisés ou sur la durée du séjour d'un patient à l'hôpital et les impératifs du gouvernement en matière de compression des coûts. En outre, le coût de l'assurance-maladie nous force de plus en plus à faire des compromis entre l'égalité et la liberté et entre l'accès et la qualité qui se révéleront de plus en plus difficiles au fil du temps.

Dans certains milieux, on craint que l'interdiction de la surfacturation se traduise par une réduction des services assurés par le régime d'assurance-maladie, compte tenu des efforts des gouvernements pour contrôler les coûts. En Ontario, l'extraction des dents de sagesse n'est plus couverte par l'OHIP. En Alberta, c'est la chirurgie esthétique que l'on a soustrait du régime provincial d'assurance-maladie. En novembre 1986, le ministre albertain responsable des hôpitaux a reconnu qu'il

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

envisageait de soustraire du régime d'assurance l'examen médical annuel. En janvier 1987, le ministre manitobain de la Santé a déclaré que son gouvernement envisageait aussi d'exiger des patients qu'ils assument le coût des services de santé jugés inutiles par un comité de déontologie indépendant. De plus, la province pourrait autoriser des compagnies privées d'assurance à entrer sur le marché des soins de santé afin de couvrir les services médicaux soustraits du régime d'assurance.

G. Réaction des associations professionnelles

Selon le corps médical canadien, la Loi canadienne sur la santé ne règle pas le principal problème posé par le régime d'assurance-santé, à savoir le manque de financement. Comme preuve à l'appui, on a invoqué les longues listes d'attente dans les hôpitaux, le surpeuplement des services d'urgence, les réductions de personnel et le manque de fonds pour l'acquisition de nouveau matériel. De l'avis de l'Association médicale canadienne et de ses sous-sections provinciales, le manque de financement aurait rendu inévitable l'imposition directe de frais.

Les médecins craignent profondément que les gouvernements, par souci de réduire les coûts, ne prennent des décisions arbitraires pour déterminer quels services, quels traitements et quels moyens technologiques seront disponibles, et que le corps professionnel ne perde l'autorité qu'il exerce sur le système médical. Beaucoup d'entre eux estiment que les soins de santé ne peuvent être entièrement financés par les impôts et que les particuliers doivent aussi y contribuer. Toutefois, on semble aussi d'avis, dans une certaine mesure, de ne pas modifier les pratiques en vigueur et de mieux financer les modes d'utilisation actuels.

Des porte-parole de l'Association médicale canadienne ont déclaré que le succès global du régime d'assurance-maladie n'eût pas été possible sans la collaboration des médecins, dont la grande majorité ont accepté de participer de plein gré. Ils font valoir que la Loi canadienne sur la santé oblige maintenant les médecins à participer aux régimes provinciaux, réduit leurs droits civils comparativement à ceux des autres citoyens et pourrait en inciter certains à quitter le pays et à chercher du travail dans un milieu plus favorable.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Dans un mémoire présenté en février 1984 au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, tout en se disant d'accord, dans l'ensemble, avec l'objet de la loi, déclare que la viabilité à long terme du régime d'assurance-maladie exige une certaine réorientation des politiques actuelles en matière de santé et une restructuration de la façon d'utiliser les services des professionnels de la santé.

En 1984, un groupe de travail institué par l'A.M.C. et dirigé par Joan Watson a conclu dans son rapport que l'insuffisance du financement n'est pas la principale faiblesse du système. Le groupe a proposé d'importantes réformes, surtout dans les services gériatriques.

L'Association médicale canadienne a entrepris des démarches afin de contester en justice la Loi canadienne sur la santé en la faisant déclarer inconstitutionnelle, alléguant que cette loi refuse aux médecins le droit de traiter avec leurs patients comme ils le voudraient. En mai 1985, la B.C. Medical Association a perdu sa causedevant la Cour suprême du Canada, qui a déclaré la surfacturation illégale.

MESURES PARLEMENTAIRES

A. Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (1957)

Cette loi prévoyait l'octroi de subventions fédérales aux provinces qui administraient à titre individuel un régime d'assurance-hospitalisation.

B. Loi sur les soins médicaux (1966)

Entrée en vigueur en 1966, la Loi sur les soins médicaux constituait un régime national d'assurance-maladie fondé sur des critères établis.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

C. Modifications à la Loi sur les soins médicaux (1976)

Afin de résoudre les problèmes de financement, la Loi sur les soins médicaux a été modifiée en 1976 pour imposer un plafond à l'escalade des frais médicaux qui devaient être partagés.

D. Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis

Les modifications à l'entente de financement de l'assurance-maladie ont pris force de loi en mars 1977. L'accord de partage des coûts a été remplacé par des transferts d'impôts et des paiements en espèces liés au produit national brut.

E. Rapport du Groupe de travail parlementaire (1981)

Dans son rapport, publié en août 1981, le Groupe de travail recommandait le renouvellement des dispositions de la Loi de 1977 pour trois ans et la refonte des diverses lois fédérales relatives aux soins médicaux.

F. Modifications à la Loi de 1977 (1982)

Le 5 avril 1982, la Chambre des communes a adopté le projet de loi C-97.

G. Loi canadienne sur la santé (1984)

La Loi canadienne sur la santé (projet de loi C-3) a été déposée à la Chambre des communes le 12 décembre 1983. Après modifications, elle a été proposée en troisième lecture le 9 avril 1984. Elle a été adoptée par le Sénat et a reçu la sanction royale le 17 avril.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

CHRONOLOGIE

1867 - La Loi constitutionnelle de 1867 confère aux provinces la responsabilité d'assurer les services de santé.

1946 - La Saskatchewan Hospitalization Act est adoptée.

1957 - Le Parlement fédéral adopte la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques.

1958 - Des régimes d'assurance-hospitalisation sont mis en place dans cinq provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Terre-Neuve).

1961 - La Saskatchewan Medical Care Insurance Act est adoptée. À la suite d'une grève de trois semaines, entreprise par des médecins en 1962, quelques modifications y sont apportées.

1964 - La Commission royale d'enquête sur les services de santé (la Commission Hall) recommande l'adoption d'un régime d'assurance-maladie apparenté au régime d'assurance-hospitalisation.

1966 - Le Parlement adopte la Loi sur les soins médicaux.

juillet 1976 - Des modifications à la Loi sur les soins médicaux imposent des plafonds aux coûts des soins médicaux.

mars 1977 - La Loi sur le financement des programmes établis est adoptée. Pour avoir droit à un remboursement, une province doit prouver que son régime satisfait aux conditions prévues pour les régimes d'assurance-maladie (intégralité, accès aux services nécessaires, universalité, transférabilité et administration sans but lucratif).

septembre 1980 - Publication du rapport de l'Examen des services de santé, 1979.

août 1981 - Publication du rapport du Groupe de travail, intitulé Le fédéralisme fiscal au Canada; rejet des frais modérateurs; majorité des membres du Groupe de travail contre la surfacturation, et pour l'arbitrage obligatoire; recommandation sur la retenue des fonds fédéraux si les critères ne sont pas respectés.

avril 1982 - Adoption du projet de loi C-97 modifiant la Loi de 1977 sur le financement des programmes établis.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

juillet 1983 - Un exposé de politique du gouvernement fédéral intitulé Pour une assurance-santé universelle déclare que les frais directs portent atteinte à l'assurance-santé et propose une nouvelle loi.

septembre 1983 - Les ministres de la santé provinciaux se réunissent à Halifax et déclarent que des fonds supplémentaires sont nécessaires pour l'assurance-maladie.

avril 1984 - La Loi canadienne sur la santé est adoptée par le Parlement et reçoit la sanction royale.

juillet 1984 - Le gouvernement fédéral refuse de verser des subventions à la santé aux provinces qui persistent à autoriser la surfacturation et les frais modérateurs dans les hôpitaux. L'Ontario y perd plus que toute autre province.

mai 1985 - Les ministres fédéral et provinciaux de la Santé se rencontrent à Winnipeg pour discuter de l'avenir de l'assurance-maladie.

janvier 1986 - L'Ontario Medical Association proteste contre la Health Care Accessibility Act (projet de loi 94).

juin 1986 - Adoption du projet de loi 94 prévoyant l'interdiction de la surfacturation en Ontario.

juin-juillet 1986 - Les médecins de l'Ontario font la grève pendant 25 jours pour protester contre le projet de loi 94.

juin 1986 - Les médecins de la Saskatchewan entreprennent une série de grèves rotatives d'une journée pour protester contre ce qu'ils considèrent comme une violation par le gouvernement de l'accord concernant l'interdiction de la surfacturation.

juin 1986 - Le ministre de la Santé, M. Jake Epp, énonce diverses options en vue de la réforme des programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie.

septembre 1986 - Le gouvernement et les médecins de l'Alberta concluent une entente visant à interdire la surfacturation.

novembre 1986 - Le ministre de la Santé, M. Jake Epp, présente un document de synthèse intitulé La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé.

janvier 1987 - La Cour suprême de la Colombie-Britannique confirme la loi autorisant la province à déterminer le nombre et la répartition des médecins.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

(1) Badgley, Robin F. et R. David Smith, User Charges for Health Services, Ontario Council of Health, Toronto, 1979. (Bibliothèque du Parlement RA185/05/A351/1979/U84)

(2) Bird, Richard et Roderick Fraser, Commentaries on the Hall Report, Ontario Economic Council, Toronto, 1981. (Bibliothèque du Parlement J103/P1/1979/H4/A122)

(3) Canada, Examen des services de santé '79, Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980. (Bibliothèque du Parlement J103/P1/1979/H4/A12)

(4) Canada, Gouvernement du Canada, Pour une assurance-santé universelle, Ottawa, 1983.

(5) Canada, Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, Le fédéralisme fiscal au Canada, Ottawa, 1981. (Bibliothèque du Parlement J103/H7/1980-1 F4A12)

(6) Centre canadien de recherche en politiques de rechange, Medicare: The Decisive Year, communications présentées à la conférence du Centre sur les soins de la santé, Ottawa, 1984.

(7) Conseil national du bien-être social, Les pauvres et les soins de santé au Canada, Ottawa, mai 1982. (Bibliothèque du Parlement RA184/M43)

(8) Evans, Robert G, "Health Care in Canada: Patterns of Funding and Regulation", Journal of Health Politics, Policy and Law, vol. 8, n° 1, printemps 1983, p. 1-43.

(9) Organisation nationale anti-pauvreté, L'assurance-maladie sans souci, Ottawa, décembre 1984.

(10) Sherman, Louis, Les contrats de gestion avec le secteur privé, étude préparée à l'intention du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Winnipeg, Associated Health Planners, 1985.

(11) Stoddard, Greg L., Privatisation du système canadien de santé: assertions, faits, idéologie et options, étude préparée à l'intention du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1985.